

FACULTÉ MIXTE
de
MEDECINE GENERALE et COLONIALE et de PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 83

**Contribution
à l'Etude de la Césarienne
dans les cas limites**

THÈSE

*Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie
de Marseille*

Le Jeudi 10 Juillet 1952

PAR

Jacques DESCHAMPS

Né à Grenoble, le 5 octobre 1921

Interne des Hôpitaux de Nice

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. les Professeurs VAYSSIÈRE
MOIROUD
CHOSSON
PAOLI

IMPRIMERIE DON-BOSCO - 40, Place du XV - Corps - NICE

1952



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549018_0043

FACULTÉ MIXTE
de
MEDECINE GENERALE et COLONIALE et de PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

Contribution
à l'Etude de la Césarienne
dans les cas limites

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie
de Marseille

Le Jeudi 10 Juillet 1952

PAR

Jacques DESCHAMPS

Né à Grenoble, le 5 octobre 1921

Interne des Hôpitaux de Nice

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. les Professeurs VAYSSIÈRE
MOIROUD
CHOSSON
PAOLI

IMPRIMERIE DON-BOSCO - 40, Place du XV -Corps - NICE



PERSONNEL ENSEIGNANT

de la Faculté Mixte de Médecine générale et coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Doyen : G. MORIN

Assesseur : F. RIMATTEI

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. GAUJOUX, AUBARET, AUDIBERT, JOYEUX,
OLMER, ROCHE, GABRIEL, HECKENROTH, BELTRAMI, BREMOND

Chargé de Cours honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mlle PERRIN

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique et Carcinologie Clinique	N...
Bactériologie et Pathologie Générale	POURSINES
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	DERRIEN
Clinique Chirurgicale	FIOLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie Expéri- mentale	DE VERNEJOL
Clinique Dermato-Syphiligraphique	CHARPY
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	OLMER
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la Nutrition	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-Chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologie	VAYSSIÈRE
Clinique Ophtalmologie	JAYLE
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	BALANSARD
Histologie	ROMIEU
Hygiène et Médecine Préventive	VIOLE
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	SAUTET

Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ARNOUX

AGRÉGÉS LIBRES

MM. BERTHIER
AUDIER
BRAHIC
CHOSSON

MM. DOR
FIGARELLA
IMBERT
RECORDIER

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BERNARD
GRANJON
HENRY
JOUVE
LAMY
LAVAL

MM. LENA
MONGES Henri
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
VAGUE

MAITRES DE CONFÉRENCE AGRÉGÉS

MM. DONNET
DUMAZERT
GASTAUT
MOURGUE

MM. PELLISSIER
PICARD
RANQUE
ROUX

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
Pharmacodynamie et Matière Médicale

M. CARREGA
M. J. MERCIER

A MES PARENTS

A MES MAITRES

INTRODUCTION

Il y a 20 ans, MICHON publiait sa « Technique de césarienne avec exclusion secondaire de la zone opératoire », dont le but était de mettre à l'abri l'opérée des complications infectieuses toujours possibles. Ce procédé, rapidement adopté à l'étranger et surtout en Amérique latine était jugé comme insuffisant en cas d'infection évidente. Aussi certains auteurs préféraient-ils, dans les cas limites, les interventions avec extériorisation temporaire de l'utérus, telle l'opération de PORTE, et, dans les cas extrêmes l'hystérectomie sub-totale.

L'apparition dans l'arsenal thérapeutique des sulfamides d'abord, des antibiotiques ensuite ont été autant d'armes mises entre les mains des chirurgiens pour lutter contre les terribles conséquences de l'infection. Aussi les interventions mutilatrices ont-elles disparu au bénéfice de la césarienne avec extra péritonisation secondaire, qui, jusqu'alors était réservée aux cas suspects d'infection, et devient, dès lors, l'opération type des cas avec infection certaine.

Seuls nous intéresseront dans ce travail ces cas très infectés pour lesquels, il y a quelques années, l'indication d'hystérectomie ne faisait aucun doute ; car à l'heure actuelle il est possible, dans tous les cas où l'infection seule commandait hier l'hystérectomie, de l'éviter, et ainsi de sauvegarder les fonctions reproductrices de la femme, ce qui doit être l'idée directrice et l'orgueil du vrai gynécologue accoucheur.

Nous étudierons donc uniquement le cas des femmes présentant des signes cliniques certains d'infection (travail depuis plus de 24 heures, poche des eaux rompue depuis plus de 24 heures, liquide amniotique teinté ou même quelquefois fétide, température supérieure à 38°, accélération notable du pouls) pour lesquelles une césarienne a été décidée :

- soit après des épreuves du travail négatives ou mal menées dans des bassins retrécis,

- soit pour des accouchements dans des bassins retrécis méconnus antérieurement,

- soit pour des dyscinesies de la contraction dans toutes leurs formes,

- soit pour les présentations dystociques ; siège n'évoluant pas spontanément, épaule négligée.

La statistique que nous présentons a été établie à l'hôpital et dans la clientèle privée du Docteur DAVEO sur les malades envoyées d'urgence de la ville ou de l'extérieur et dont tous les cas se rapportent à l'une des causes ci-dessus.

HISTORIQUE

L'histoire de la césarienne se perd dans la nuit des temps ; on en trouve des échos dans tous les pays et dans toutes les religions.

Cependant jusqu'au xvi^e siècle l'intervention ne paraît pas avoir été pratiquée sur femme vivante. En 1581, F. Rocenet publie un « traité nouveau de l'hystérotomie ou enfantement césarien » dans lequel il essaye de démontrer la légitimité de cette intervention, en décrit les indications maternelles, fœtales et le manuel opératoire.

La césarienne semble avoir été complètement abandonnée jusqu'à l'époque où Sigault en 1777 pratique la première symphyséotomie. Les chirurgiens se divisèrent alors en deux classes, les partisans de la symphyséotomie et les partisans de la césarienne représentés surtout en France par Baudeloque et Laverjat.

Dès le début du xix^e siècle différentes techniques opératoires avaient été proposées avec plus ou moins de succès, tout d'abord les césariennes transpéritonéales, césariennes corporéales classiques, qui ne varient que par la voie d'abord proposée : incision médiane sous ombilicale, para médiane, transversale ou même diagonale.

Beaucoup plus intéressante est l'autre tendance de certains chirurgiens d'alors qui essayaient de parvenir au fœtus sans entrer dans la cavité péritonéale par incision cervico vaginale après clivage du péritoine.

Ritgen le premier pratique une incision semi-lunaire de l'épine iliaque antéro supérieure à l'épine du pubis, divise tout jusqu'au péritoine qu'il refoule, pénètre jusqu'au vagin qu'il incise et pratique l'extraction de l'enfant.

Le deuxième procédé appartient à Physiq (1882). Ce chirurgien ayant remarqué que chez la femme enceinte le péritoine est facilement décollable de la vessie et du segment inférieur, avait pensé que par une incision horizontale juste au-dessus du pubis et clivage péritonéal on pouvait arriver au sommet de l'utérus, sans pénétrer dans la grande cavité abdominale.

Baudeloque fit connaître plusieurs procédés analogues à celui de Ritgen, mais toutes ces variantes ont donné des résultats malheureux à cause des difficultés techniques auxquelles se heurtèrent les chirurgiens et des suppurations diffuses du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Le 21 mai 1876, Porro pratiquait une césarienne suivant une méthode tout à fait différente des techniques employées jusqu'alors : il faisait suivre l'hystérotomie corporéale classique d'une hystérectomie sub totale avec extériorisation du moignon à la pa-

roi. Cette intervention, dont Truzzi en 1901 recueillait 1097 cas, compta des succès que la césarienne conservatrice n'avait jamais connus jusqu'alors.

A cette époque, rares étaient les chirurgiens ayant tenté la suture de la brèche utérine alors que tous leurs efforts allaient à la suture de la paroi abdominale.

Pillón en France, Barnes en Amérique, conseillaient de faire une suture utéro abdominale unissant chaque lèvre de l'incision utérine à la lèvre correspondante de l'incision abdominale.

Il faut attendre Sanger en 1883 pour que la suture de l'utérus soit définitivement adoptée, c'est donc lui qui inaugure l'ère de la césarienne corporéale classique.

Cette intervention devait bénéficier au plus haut point de l'asepsie et des méthodes chirurgicales nouvelles. Cependant la mortalité restait toujours élevée car la discrimination entre cas purs et cas infectés n'était pas encore faite.

En 1883, Harris met en valeur le fait que la mortalité est due surtout à une intervention tardive. Un peu plus tard, il s'établit un véritable dogme : la mortalité est due surtout à l'infection de l'œuf ayant pour conséquence plus ou moins rapide la péritonite généralisée. On proposa donc pour pallier aux dangers de la césarienne tardive d'autres méthodes : accouchement prématuré provoqué version par manœuvres internes, forceps au détroit supérieur, pubiotomie, mais ces méthodes pratiquées systématiquement menaient à des échecs et les partisans de la césarienne corporéale durent établir des règles formelles : la césarienne ne doit être entreprise qu'avant le début du travail, passé ce délai il faut recourir soit à des interventions obstétricales, soit à l'hystérectomie. Bar (Académie de Médecine, 1919) résumait ainsi la doctrine de l'intervention prophylactique : « A la vieille césarienne classique appartient un domaine précis : celui du cas pur où le risque d'infection paraît nul ». Cette formule, si elle réduisait les risques de mortalité par infection, réduisait d'une façon trop importante les indications de la césarienne conservatrice, tout en amenant, par la suppression de l'épreuve du travail, à pratiquer des césariennes inutiles. Ces désavantages devaient remettre en faveur la césarienne pratiquée pendant le travail. Sachant que toute césarienne pendant le travail devient une « césarienne de nécessité » (Jannin) comportant des risques très augmentés, on a cherché le maximum de garanties de sécurité en luttant par des modifications apportées à la césarienne corporéale classique, contre les péritonites surtout secondaires, fréquentes au cours de la césarienne corporéale.

Certaines de ces modifications, telle l'extériorisation de l'utérus gravidé, proposée par Couvelaire en 1909, avec fermeture temporaire de la plaie abdominale, par une pince de Museux, derrière l'utérus (Lepage), défendaient contre l'infection primitive mais n'avaient aucune action contre l'infection secondaire. Pour lutter contre celle-ci différents procédés furent utilisés, tout d'abord le sujet séro-séreux enfouissant la première suture musculaire, mais du fait de l'adhérence du péritoine au corps utérin, le fil coupait soit immédiatement soit secondairement au cours des contractions

utérines, tout le bénéfice du sujet était dès lors perdu. Le recouvrement de la cicatrice par l'épiploon était insuffisant et entraînait des adhérences qui, pour être volontaires, n'en étaient pas moins fâcheuses.

Le drainage soit par tube métallique vers le vagin, soit par mèche, soit même par Mikulicz n'était pas suffisant.

Toutes ces modifications de détail se sont révélées inefficaces. c'est pourquoi d'autres auteurs, tout en utilisant l'incision corporelle, ont décrit des procédés très éloignés de la technique classique. Portes, en 1924, reprenant une idée de Gottehawk, décrit la technique de la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. L'intervention se fait en deux temps : Laparatomie, extériorisation de l'utérus, suture de la paroi abdominale, hystérotomie, suture de l'utérus, puis réintégration de l'utérus du 20^e au 30^e jour. Portes lui-même limitait étroitement le terrain de cette intervention d'« exception, dont le territoire ne saurait s'étendre qu'au préjudice de la césarienne mutilatrice et de l'embryotomie ».

Conjointement à ces dernières variantes commençait à apparaître la césarienne segmentaire qui, aujourd'hui, a complètement détrôné la césarienne corporelle classique. Franck de Cologne, en 1907, publia le premier cas de césarienne segmentaire. Jeannin, en 1909, en étudia la technique, mais il faut attendre le congrès de 1921 pour que Scheckele arrive à introduire en France une technique réglée d'une façon parfaite par Brindeau et qui fut en général adoptée : Laparatomie médiane sous-ombilicale, protection de la grande cavité par des champs abdominaux, incision transversale du cul de sac péritonéal vésico-utérin, décollement de la vessie vers le bas, du péritoine pré-segmentaire vers le haut, hystérotomie verticale sur le segment inférieur, suture utérine en deux plans, fixation de la vessie au devant du péritoine vésico-utérin, fermeture de la paroi sans drainage.

Malgré une technique plus complexe que la césarienne corporelle, la césarienne segmentaire remporta rapidement tous les suffrages car elle présente de nombreux avantages.

Les risques d'infection sont à craindre, soit au cours de l'intervention, soit au cours du post-partum.

Au cours de l'intervention, l'infection primitive reconnaît pour cause la contamination immédiate de la grande cavité par faute d'asepsie ou par protection insuffisante, car l'incision segmentaire est faite sur place, sans extériorisation de l'utérus, du moins dans le procédé classique, mais la cavité abdominale est ouverte bas, il est donc assez facile de maintenir les anses intestinales hors du champ opératoire. En fin de compte, les risques de péritonite primitive sont aussi grands dans la césarienne segmentaire classique que dans la césarienne corporelle.

Par contre, devant le post-partum, la situation est complètement changée. A cause de la minceur des tranches de section segmentaire, leur suture sera facile et leur coaptation sera bonne.

Le premier sujet d'enfouissement, musculo-musculaire n'intéressant pas le péritoine est d'une réalisation facile.

La fixation de la vessie devant la cicatrice constitue une troisième barrière.

L'incision transversale du péritoine vésico-utérin ne se superpose pas à l'incision verticale du segment inférieur, un surjet simple ou en redingote forme une quatrième barrière de protection.

Le segment inférieur est immobile et non soumis au brassage des contractions utérines.

Enfin, la cicatrice n'a que peu de tendance à la désunion, même en cas d'infection, cependant quelques conditions sont défavorables ; tout d'abord le tissu cellulaire pelvien se trouve ici exposé à l'infection soit au cours même de l'intervention, soit par infection d'un hématome sous-péritonéal.

Le voisinage du gros plexus veineux est un facteur de morbidité dans les suites de couche.

Enfin et surtout, l'intervention reste transpéritonéale. Aussi, peut-on l'employer dans les cas infectés ? En 1927, Hanriot conclut qu'en tenant compte des césariennes tardives, la césarienne basse donne dans l'ensemble des résultats satisfaisants et que la mortalité est moindre qu'après césarienne corporéale, mais la morbidité reste cependant élevée.

En somme, c'est une excellente opération dans les cas purs mais c'est une intervention insuffisante dans les cas infectés, aussi a-t-on cherché les modalités susceptibles d'en étendre les indications avant d'atteindre l'ultime ressource de l'hystérectomie.

J.-L. Faure conseille d'appliquer un Mikulicz sur le péritoine segmentaire reconstitué, mais dans ce cas il semble ne pas devoir assurer une étrancheité complète, car son maintien sur un organe en régression ne paraît pas aussi justifié que son emploi dans l'exérèse d'un utérus par exemple.

Selheim propose l'exclusion définitive de la cicatrice.

Mais ces procédés offrent une bien faible barrière à l'infection, d'autant plus que c'est l'infection primitive qui est le principal écueil de l'intervention.

Michon, en octobre 1932, faisait paraître une mise au point de technique de césarienne basse où il utilise le lambeau péritonéal pour réaliser l'exclusion de la zone opératoire. Il tâche d'opérer en dehors du péritoine ou tout au moins de réduire le temps péritonéal au minimum. A cet effet il emploie la technique suivante : incision médiane sous-ombilicale ; mise en place d'une large valve sus-pubienne. L'opérateur empaume la présentation fœtale et l'attire vers le diaphragme.

Le bistouri incise transversalement le péritoine à la limite de la vessie, puis de larges ciseaux courbes introduits par l'incision, l'agrandissent à droite et à gauche après avoir décollé le péritoine jusqu'aux pédicules veineux latéro-utérins que l'on voit par transparence. L'opérateur ayant fixé une pince en cœur sur le lambeau supérieur le décolle à l'aide de l'index en haut, à droite et à gauche

Cette dissection doit s'arrêter sur les côtés au voisinage des pédicules veineux auprès desquels il faudra éviter toute manœuvre instrumentale et en haut à une limite variable (12 cm. de la vessie disent les classiques).

Le lambeau ainsi décollé forme un auvent inextensible. C'est alors qu'il est nécessaire de lui donner du jeu en amorçant une fente médiane qui le divise incomplètement en deux moitiés droite et gauche.

Il est alors très facile de solidariser avec des pinces de Kocher le lambeau péritonéal ainsi formé avec le péritoine pariétal.

En règle générale, une pince médiane et 4 latérales suffisent amplement et réalisent une exclusion telle que la grande cavité est hermétiquement close. Il est possible du côté pubien de continuer l'exclusion grâce au péritoine vésical, mais cette manœuvre n'est pas indispensable en raison de la position inclinée de la malade qui favorise l'écoulement du liquide vers l'ombilic.

Le segment sur lequel va porter l'hystérotomie est très facilement abordable. Le bistouri pratique une moucheture qui ouvre la cavité amniotique. La dissociation du muscle utérin se fera au doigt. Après extraction fœtale deux pinces en cœur agrippent les bords de l'incision utérine pendant l'extraction du placenta et des membranes. Pour la suture musculaire, on fera un premier plan au cat-gut de points séparés perforants, et au second plan également au cat-gut de larges points en U intersticiels. On enlève alors les pinces de Kocher et on décolle l'un de l'autre le péritoine pariétal du péritoine viscéral qui restent accolés malgré ablation des pinces. La suture du péritoine s'exécute rapidement par un surjet en bourse au cat-gut qui fronce le péritoine et ne laisse qu'une toute petite surface cachée sous le repli vésico-utérin.

De son côté, alliant les idées de J.-L. Faure et de Selheim, Jeannin propose en 1933 l'exclusion définitive du péritoine suivie de la mise en place d'un mikulicz. Il opère ainsi : incision médiane sous-ombilicale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ; ouverture de la gaine des droits à 1 c. de chaque côté de la ligne blanche, incision triangulaire à base pubienne du fascia transversalis et du péritoine pariétal, incision superposable à la précédente du péritoine segmentaire ou péritoine pariétal, hystérotomie, extraction fœtale, suture du segment inférieur en 2 plans, mise en place d'un mikulicz, suture de la paroi en deux plans. Le grand reproche que l'on peut faire à cette technique est sa complexité anatomique et sa difficulté d'exécution. C'est également cette critique que l'on peut faire à tous les procédés extra-péritonaux.

Latsko, Gartwright, Bourgeois, Phaneuf, ont essayé ces dernières années de remettre en vedette le procédé décrit par Ricci et Mar et avant par Phisig, césarienne vraiment extra-péritonéale, d'une conception tentante mais qui se heurte à de nombreuses difficultés et surtout au décollement du péritoine utéro-vésical, car l'on est entouré de deux inconvénient majeurs : soit l'hémorragie du réseau veineux péri-vésical, soit la déchirure au moment

du décollement ou au moment de l'extraction fœtale du péritoine clivable, déchirure qui enlève d'un seul coup tout le bénéfice de cette intervention, sans compter les lésions vésicales toujours possibles.

On peut donc considérer que c'est en 1935 que se situe la stabilisation des techniques de césarienne, les différents auteurs n'apportant depuis lors que des variantes de détail aux techniques déjà connues.

Il est probable que les perfectionnements purement chirurgicaux des techniques auraient continué si à cette époque la sulfamidothérapie, puis plus tard la mycothérapie n'étaient venues apporter leur aide puissante à cette lutte contre l'infection, reculant aussi la limite des cas opérables sans trop de danger jusqu'à faire disparaître presque complètement l'indication, pour infection, de césarienne suivie d'hystérectomie.

CLASSIFICATION

Le principal facteur de gravité de la césarienne est surtout l'infection qui elle-même dépend du moment où l'intervention est pratiquée plus que la cause pour laquelle on l'a faite. Harris en 1882 montra le premier la différence de pronostic qui existait entre une césarienne faite avant tout début de travail et une césarienne tardive. Cette différence provient essentiellement de l'infection latente ou patente du contenu ovulaire, elle est sous la dépendance de facteurs fort variables et s'extériorise par des signes cliniques divers et non constants. C'est en s'appuyant sur les facteurs étiologiques d'une part et les signes cliniques d'autre part que divers essais de classification des césariennes dites impures suspectes et limites ont été faits. Du reste ces classifications n'ont qu'un intérêt de statistiques à l'heure actuelle, mais il n'en était pas de même il y a quelques années seulement lorsque l'indication d'hystérectomie après césarienne devait se porter du fait de la seule infection ovulaire.

Classiquement, les cas purs sont des césariennes effectuées avant tout début de travail, les membranes n'étant pas rompues. Les cas impurs, ceux où il existe une présomption sérieuse d'infection sans que celle-ci ne se manifeste par des signes cliniques. Enfin les cas suspects ou limites, ceux où il y a des signes cliniques évidents d'infection.

Mais il n'est pas toujours facile de reconnaître l'infection pendant le travail et il est encore plus difficile d'en apprécier le degré. Tel cas supposé peu infecté peut, par la suite, s'avérer comme étant l'un des plus graves, aussi la prudence et la sagesse veulent-elles que le gynécologue réserve aux cas purs seulement la césarienne segmentaire classique, considère tous les autres cas comme suspects et emploie à leur sujet des techniques appropriées.

Pour reconnaître l'infection il convient de se baser sur les facteurs étiologiques de cette infection et sur les signes cliniques.

Parmi les facteurs étiologiques, le temps écoulé depuis le début du travail a une importance considérable, surtout si il n'est pas jugé à titre de facteur isolé, encore faut-il tenir compte du milieu où se trouvait la malade pendant ce travail.

Risacher, Jeannin et Daniel, après étude bactériologique du liquide amniotique, ont conclu qu'il était septique dans un quart des cas au cours du travail, même lorsque l'œuf est intact.

La rupture des membranes a une valeur importante et la notion du temps écoulé depuis cette rupture devient capitale, d'ordinaire dès que l'œuf est ouvert le nombre des cas infectés augmente en fonction du temps. Risacher considère que le liquide amniotique est infecté dans plus de la moitié des cas au cours des trois pre-

mières heures qui suivent la rupture des membranes. Au bout de huit à dix heures, sa stérilité est exceptionnelle, cependant cette infection peut rester atténuée longtemps après l'ouverture de l'œuf.

Ces deux facteurs, temps écoulé, depuis le début du travail, et temps écoulé depuis la rupture des membranes ont, l'un et l'autre, une extrême importance. Les autres facteurs que nous allons étudier ne font qu'aggraver d'une façon plus ou moins évidente la situation.

Chaque toucher vaginal pratiqué depuis le début du travail est dangereux car il est impossible, en dépit des précautions prises, de ne pas entraîner vers le col les éléments plus ou moins septiques contenus dans le vagin. A cet égard, on doit considérer comme extrêmement suspects les touchers pratiqués en dehors d'un service obstétrical.

Par contre, si l'on a soin de décaper le vagin avant la rupture des membranes par des instillations de divers produits antiseptiques, et si l'on prend les précautions d'asepsie habituelles, les touchers sont alors beaucoup moins à redouter. Malgré cela, certains auteurs préfèrent le toucher rectal, qui renseignerait tout aussi bien et qui évite le brassage microbien intra-vaginal.

La procidence d'un membre ou du cordon constitue certainement un facteur sérieux d'aggravation de l'infection, surtout si cette procidence s'est effectuée en dehors d'un service hospitalier.

Les tentatives d'extraction par voie basse, essais de prise de forceps, incision du col, dilatation manuelle, sont à craindre à plus forte raison.

Les dystocias cervicales : rigidité, œdème du col surtout l'œdème dur, remontant sur le segment inférieur, sont souvent d'origine infectieuse et par là même aggravent la situation.

L'état des voies génitales basses et notamment toute leucorrhée suspecte devra être considérée.

Quant aux signes cliniques de l'infection, ils sont variables, souvent peu évidents et d'une interprétation parfois mal aisée.

En premier chef, il convient de nommer la température. Toute élévation de température chez une femme en travail est de première importance ; cependant, il ne faut pas s'attendre à rencontrer de hautes températures. La plupart des auteurs (Michon, Porte, Jeanin) s'accordent à considérer qu'une température au-dessus de $37^{\circ}8$ chez une accouchée est un signe d'infection ovulaire certaine. Il convient toutefois de signaler la température d'effort que l'on rencontre normalement pendant le travail. D'ordinaire peu élevée, elle peut atteindre $37^{\circ}8$ ou même plus au cours des accouchements laborieux sans qu'il existe pour cela la moindre infection.

Aussi, nombreux sont les accoucheurs qui préfèrent se baser sur l'accélération du pouls, qui serait un témoin fidèle de l'infection. En effet, l'élévation du pouls précède la température et elle est supérieure à ce que le voudrait la température. Encore faut-il prendre le pouls plusieurs fois et en dehors des contractions utérines afin d'être certain que l'accélération n'est pas physiologique.

Dans la plupart des cas, ces malades présentent du météorisme abdominal siégeant surtout au niveau du colon transverse. Personnellement nous attachons plus de prix à ce météorisme et à l'accélération du pouls qu'à la température. Il convient de noter également un facies congestif, une sécheresse de la peau et des muqueuses et un éclat du regard qui ne trompent pas.

Enfin l'état du liquide amniotique est un élément de première valeur, un liquide verdâtre et à plus forte raison visqueux brûnâtre et fétide devra être considéré comme un signe d'infection certaine.

Il faut savoir que la rapidité d'évolution de l'infection est très variable d'un cas à l'autre. Telle femme surveillée en milieu obstétrical peut avoir commencé son travail et rompu la poche des eaux depuis plusieurs heures sans pour cela présenter des signes d'infection alors que telle autre amenée en milieu obstétrical peu de temps après le début du travail sera déjà une infectée grave.

C'est en se basant sur les facteurs étiologiques de l'infection et sur ces signes cliniques que les auteurs ont essayé d'entreprendre différentes classifications des cas impurs.

Jeannin se basant uniquement sur la température considèrait que toute femme ayant plus de 37°8 au moment de l'intervention rentrerait dans la catégorie des cas suspects.

Cohen proposait dans sa thèse — 1936 — une classification qui avait l'avantage d'être schématique.

Les cas opérés précocement, avec une dilatation maximum de 5 francs moins de 12 heures après le début du travail et moins de 12 heures après la rupture des membranes, et les cas opérés tardivement au delà de ces limites. Il ne se base donc que sur les facteurs étiologiques de l'infection et ne tient aucun compte des signes cliniques d'infection.

La classification de Mannekehoff (1949) est par contre beaucoup trop complexe. Pour lui, les cas impurs du premier degré sont ceux ayant été soumis à une exploration vaginale. Sont dits impurs du deuxième degré les cas dans lesquels la poche des eaux est rompue depuis plus de 12 heures, de même que ceux à procdence du cordon. Au troisième degré appartiennent les cas chez lesquels des tentatives d'extraction ont été pratiquées hors d'un service obstétrical, et enfin, au quatrième degré, ceux présentant des symptômes fébriles.

Bourgeois et Norton considèrent les cas avec infection à l'état latent : travail depuis plus de 24 heures ou membranes rompues depuis plus de 12 heures mais sans signes cliniques, et les cas très infectés : frissons, température, tachycardie, déshydratation, nombreux leucocytes dans le sang et culture positive dans le liquide amniotique.

Ces quelques exemples permettent de se rendre compte de la multiplicité des formes et de la difficulté que l'on rencontre à vouloir apprécier exactement le degré d'infection d'une parturiente d'où cependant, en fin de compte, dépendra la ligne de conduite de l'opérateur.

STATISTIQUES

Malgré l'intérêt tout à fait relatif que présentent les statistiques, elles ont pourtant l'avantage, si on les considère dans leur ensemble, de donner une idée à peu près exacte de l'évolution de la césarienne.

De cette étude il ressort une diminution progressive de la mortalité maternelle. Les statistiques sont d'autant plus difficiles à apprécier du point de vue qui nous intéresse que nous étudions, non pas la cause pour laquelle a été décidée la césarienne, mais uniquement un facteur qui la complique.

La première statistique digne de foi que l'on rencontre est celle de Robert Harris, qui porte sur 50 césariennes faites dans le monde de 1869 à 1880, dans laquelle on note 29 décès maternels, soit 58 %. Nous ne la citons qu'à titre documentaire et nous passerons sous silence toutes les statistiques du début du siècle portant sur la césarienne en général ou sur la querelle césarienne corporelle, césarienne segmentaire.

Des statistiques que l'on rencontre dans la littérature française et étrangère on peut dresser le tableau suivant :

Année	Nombre	N O M S	Mortalité globale	Cas infectés	Césarienne Hysterectomie
			%	%	%
1920-35	436	COHEN	6	16	
1934	393	KESSLER	4,7	17,2	
1938	480	PODLESCHKA	6	24	6
1938	1.176	KOVACK	4,7	15	12
1938	2 229	MIGLIAVACCA	4,7	16	3,4
1942	88	LEPAGE	1,94	11	10
1948	304	PORTE	0,7	0,7	2,25
1948	195	BAZIN	0	0	0
1949	65	ROUCHY	3	3	0
1949	152	NORTON	2	2	0

De ce tableau on peut tirer les conclusions suivantes :

1°. — La mortalité maternelle globale, qui oscillait il y a une quinzaine d'années aux environs de 5%, est descendue aux environs de 2% ;

2°. — Le nombre de césariennes suivies d'hystérectomie a considérablement diminué et l'indication d'hystérectomie pour infection ne se rencontre plus dans les statistiques actuelles ;

3°. — Le nombre de décès maternels dans les cas impurs a passé de 15% environ à 1 ou 2% et c'est surtout l'abaissement du taux de la mortalité dans les cas impurs qui a amélioré les statistiques globales.

SOINS PRE-OPERATOIRES

Lorsqu'une femme, présentant le tableau clinique que nous venons de décrire, est amenée d'urgence dans un centre obstétrical et que l'indication de césarienne a été portée, il faut intervenir le plus vite possible. Cependant, les soins pré-opératoires revêtent ici une importance capitale car l'intervention se fait sur une femme fatiguée et infectée et pour un enfant qui subit in utero les conséquences d'un travail long et de l'infection. Il n'est évidemment pas question de prolonger au-delà du plus strict minimum ce temps pré-opératoire, mais mieux vaut retarder de quelques instants l'opération, si l'état fœtal ne commande pas l'urgence immédiate, pour pouvoir opérer avec le maximum de garantie fœtale et maternelle.

On profitera de ce laps de temps pour faire pratiquer quelques examens indispensables : pour le sang, temps de saignement, temps de coagulation, hémogramme, urée sanguine et facteur Rhésus. Pour les urines : albumine, sucre et examen cyto bactériologique des urines prises aseptiquement.

Il faudra commencer tout de suite la réhydratation de la malade ; elle se fera par voie endo-veineuse. Cette réhydratation sera poursuivie pendant et après l'intervention ; aussi la dénudation d'une veine, de préférence au cou-de-pied, et la mise en place d'un trocard de Salmon nous semble indispensable. Le sérum glucosé isotonique apyrogène offre de nombreux avantages ; il est directement assimilable par le muscle, active la diurèse, augmente la réserve sucrée du foie et renforce le rôle antitoxique de cette glande. C'est donc à lui que nous nous adressons le plus volontiers avant l'intervention et nous lui associons, si le besoin s'en fait sentir, une ou deux ampoules de coramine ainsi que de la méthionine.

En même temps, on commencera l'oxygénisation maternelle qui permet de lutter avec efficacité contre l'anoxie fœtale. Nous employons l'oxygénisation intermittente avec masque non étanche, à un débit de 5 litres minute, pendant 5 minutes tous les quarts d'heure. Ces doses, suffisantes du point de vue fœtal, permettent d'éviter les accidents d'hyperoxygénisation chez la mère.

Les antibiotiques entreront également en jeu. La pénicilline à la dose de 1.500.000 unités par jour, faite toutes les trois heures et commencée dès avant l'intervention, sera le traitement de fond auquel pourra venir s'ajouter ultérieurement l'auréomycine, intra-veineuse au besoin, et surtout la chloromycétine. Dans les cas particulièrement graves, la streptomycine pré-opératoire sera également faite.

La préparation régionale se fera comme pour toute intervention chirurgicale. Cependant, il convient d'insister sur quelques points particuliers.

C'est ainsi que nous préférons le lavement salé, à cause de son action sur le météorisme intestinal, au lavement évacuateur simple ou au lavement huileux ou glycérimé.

La région vulvo-vaginale fera l'objet de soins minutieux, après nettoyage de la vulve et des régions avoisinantes au savon acide, le vagin sera nettoyé sous spéculum, d'abord à la compresse sèche, puis à la compresse imbibée de produits antiseptiques détergents à base de sulfate de lauryle et de chlorure de mercure en déplissant bien la muqueuse vaginale. Lorsque le nettoyage est terminé, on enlève le spéculum et on pratiquera une instillation de mercurochrome à l'eau dilué au 1/5°. Nouveau lavage vulvaire au mercurochrome à l'eau et mise en place d'une sonde à demeure vésicale qui, après lavage de vessie, restera ouverte pendant toute l'intervention.

ANESTHESIE

La question de l'anesthésie à donner au cours de la césarienne n'est pas complètement résolue. La difficulté est d'obtenir une anesthésie profonde avec bon relâchement musculaire chez la mère sans aller jusqu'à l'hypotonie utérine et sans que le fœtus soit influencé par l'anesthésie.

A l'heure actuelle la plupart des gynécologues portent leur choix sur l'anesthésie par inhalation en circuit fermé qui offre le maximum de garantie. Mais ce n'est qu'à regret que le chirurgien a abandonné la rachi-anesthésie qui, si elle fait courir des risques à l'opérée, n'en est pas moins, du point de vue de l'opérateur, l'anesthésie la meilleure de par son effet hypertonique sur le muscle utérin.

Appliquée à la chirurgie obstétricale par Kreiss en Allemagne et Doleris en France, la rachi-anesthésie présente des avantages considérables : silence abdominal parfait, augmentation du tonus utérin avec comme conséquence une diminution frappante de l'hémorragie et intervention presque exsangue. En ce qui concerne l'enfant, la plupart des auteurs constatent qu'il crie dès la naissance ; Preissecker affirme que la mortalité fœtale, tombe de 3,22% à 2,67%. Mais pour la mère la rachi-anesthésie est la plus dangereuse des anesthésies, l'orage bulbaire de la 15^e minute avec hypotension et trouble respiratoire est particulièrement à craindre, pouvant aller dans certains cas jusqu'à la mort de l'opérée sur la table d'opération. Les statistiques de décès par rachi-anesthésie au cours de césariennes avoisinent 0,7 à 0,5%, ce qui suffit pour en interdire l'emploi. Mais si un jour des anesthésiques ou des techniques satisfaisantes permettent la rachi-anesthésie sans risque maternel, nous délaisserons certainement le circuit fermé pour revenir à elle.

Il reste parmi les méthodes dites de sécurité à considérer l'anesthésie locale qui doit certainement offrir les meilleures sécurités pour le fœtus. Mais cette méthode n'est pas très satisfaisante en tant qu'« anesthésie », car elle nécessite pour la césarienne des infiltrations très étendues. Massey Dawkins a réussi à faire un tiers des cas seulement sous anesthésie locale pure ; les autres ont nécessité une anesthésie générale complémentaire et un tiers de celles-ci dès le début de l'intervention. Et encore dans cette statistique s'agirait-il surtout de césariennes faites avant tout début de travail.

C'est donc à l'anesthésie générale que, faute de mieux, l'on devra avoir recours. C'est en effet celle qui, dans l'état actuel des choses, permet d'intervenir dans les meilleures conditions, tant pour la mère que pour l'enfant. Cette anesthésie devra viser à obtenir une résolution musculaire suffisante chez la mère tout en

respectant le plus possible l'intégrité fœtale. Aussi, comme l'oxygène est l'un des meilleurs moyens de lutter contre la souffrance fœtale et de prévenir l'anoxie, devra-t-on l'employer largement pendant toute la première partie de l'intervention et surtout au cours des 5 minutes précédant l'extraction de l'enfant.

Le curare, par son action parlysante de la fibre musculaire, sera ici comme ailleurs, un puissant adjuvant de l'anesthésie. Toutefois, à cause de son action ocytocique, action à peu près identique à celle de la rachi-anesthésie mais suivie d'une hypotonie utérine pouvant faire craindre une hémorragie secondaire, il faudra s'en méfier surtout dans les présentations de l'épaule et sur les utérus hypertoniques.

Presque tous les auteurs sont d'accord pour dire que la morphine doit être évitée dans la prémédication ; seule l'atropine à la dose de un quart de milligramme sera donc employée. Dans le cas qui nous intéresse, la médication pré-opératoire spasmolytique (spasmalgine ou autre) fera office de pré-médication anesthésique.

Au début de l'intervention, nous faisons 30 à 50 centigrammes de Pentotal « starter » car c'est l'anesthésique qui expose le moins la patiente aux vomissements, surtout au moment de l'intubation. L'anesthésie est continuée au protoxyde d'azote-oxygène ; un mélange de 25% d'anesthésique est généralement suffisant. Le taux de ce mélange est même diminué à 10% pendant les 5 minutes qui précèdent l'extraction fœtale.

INTERVENTION

Tout en se rapprochant de la technique décrite par Michon, certains temps opératoires de la technique que nous employons en diffèrent. Ces variantes ont pour but de procurer une sécurité plus grande tant pendant l'intervention que dans les suites opératoires.

Nous préférons presque toujours l'incision médiane sous-ombilicale à l'incision de Pfannenstiel. L'incision de la ligne blanche est facilitée du fait de son étalement. L'ouverture du péritoine ne présente rien de particulier. Lorsque la cavité abdominale est ouverte, on place les champs à border que l'on fixe à l'aide de pinces à champ de préférence au tissu cellulaire sous-cutané ou mieux à l'aponévrose des grands droits plutôt qu'à la peau.

La femme est alors mise en position de Trendelenburg qui découvre et tend la zone utérine où l'on intervient.

Pour donner un jour suffisant à l'opérateur, nous n'employons pas la valve sous-pubienne ou les différents écarteurs (Gosset, Ricard) qui traumatisent trop les muscles et surtout le péritoine et qui devront être enlevés par la suite lors de l'accolement des deux péritoines. L'aide se saisit simplement de deux écarteurs d'Hartman qu'il place côte à côte à la limite pubienne de l'incision, en leur faisant subir une traction divergente il donne un jour suffisant à l'opérateur.

Etant donné la septicité du contenu utérin, il nous a paru que la barrière formée par le péritoine seul pouvait être insuffisante et se déchirer lors d'une extraction fœtale difficile par exemple ; aussi plaçons-nous des champs abdominaux dans le but d'absorber la petite quantité de liquide amniotique qui aurait pu fuser à travers une déchirure péritonéale, et aussi de donner la preuve, s'ils ne sont pas souillés, d'une étanchéité parfaite de la barrière péritonéale. A cet effet, nous employons trois champs, en tétra de préférence, munis à un de leurs angles d'un cordonnet qui seul sortira de l'abdomen et sera fixé aux champs à border. Deux champs de 20 cm. $\times$ 30 cm., roulés sur eux-mêmes en forme de bourdonnet lâche, sont placés verticalement en accordéon dans des gouttières latéro-utérines qu'ils combleront. Le troisième de 40 cm. $\times$ 30 cm., roulé également sur lui-même, sera placé en V, coincé entre l'utérus et la paroi abdominale de telle façon que son milieu soit au niveau de l'ombilic et que ses deux branches descendent latéralement le long de la limite de décollement jusqu'aux champs latéro-utérins avec lesquels il doit entrer en contact.

L'incision du péritoine segmentaire et son décollement seront le temps capital de l'intervention car l'efficacité de l'extrapéritonisation secondaire dépendra surtout de la façon dont a été fait le décollement. L'opérateur saisit à l'aide d'une pince à disséquer sans griffes le péritoine segmentaire à 1 cm. au-dessus du cul-de-sac

vésico-utérin. Il est alors facile, en tendant un peu le péritoine, de le plisser transversalement et d'y pratiquer une moucheture à l'aide de ciseaux courbes ; cette manœuvre sera effectuée plusieurs fois de suite à la même place de façon à inciser également le tissu cellulaire sous-péritonéal et à arriver ainsi jusqu'au muscle utérin où le décollement sera plus facile et moins hémorragique. De plus, le tissu cellulaire sous-péritonéal, véritable « aponévrose segmentaire » (Lantuéjoul) viendra étoffer le péritoine et accroître ainsi sa solidité. La moucheture est agrandie à droite et à gauche de 1 à 2 cm. pour permettre de prendre chaqueèvre péritonéale avec une pince à vésicule de Collin. Le péritoine segmentaire est alors décollé du muscle utérin à l'aide de ciseaux courbes dont on se sert comme d'un dissécteur.

Il est préférable de le commencer latéralement, la concavité des ciseaux épousant la convexité de l'utérus. Le décollement est poussé avec prudence jusqu'à 1 cm. des pédicules latéro-utérins que l'on voit bien par transparence, et l'incision est complétée transversalement jusqu'à 1/2 cm. de la limite du décollement en ayant soin de ne jamais la poursuivre jusqu'à cette limite. Pour effectuer les décollements supérieur et inférieur, la convexité des ciseaux est placée contre la convexité de l'utérus tout en ne faisant pas « becquer » les ciseaux pour que leur pointe soit toujours en contact du muscle. En soulevant avec la pince tractrice la lèvre du péritoine vésico-utérin, il est facile de le séparer du segment inférieur sur une hauteur de 3 à 4 cm. Enfin, l'on pratique le clivage sur la zone segmento-corporéale jusqu'à l'endroit où le péritoine adhère à l'utérus, ceci à l'aide des doigts gantés d'une compresse. C'est alors que l'on fait sur le lambeau supérieur une incision médiane perpendiculaire à l'incision transversale s'arrêtant à 2 cm. de la limite supérieure du décollement. Ainsi se trouve dépéritonisée toute une zone musculaire de 12 à 14 cm. de haut sur 10 à 12 cm. de large sur laquelle portera l'hystérotomie. Dans l'ensemble, ce décollement ne présente pas de grandes difficultés, surtout si l'on reste bien au contact du muscle utérin ; de plus, il est à peu près exsangue, seuls saignent quelques petits vaisseaux dont on ne s'attardera pas à vouloir faire l'hémostase.

C'est alors qu'est réalisé l'accolement temporaire du péritoine segmentaire libéré au péritoine pariétal. Dans le procédé type de Michon, cet accolement se fait à l'aide de 6 ou 8 pinces de Kocher, ce qui offre sur les procédés réalisant l'extra-péritonisation secondaire par suture, l'avantage de la rapidité d'exécution.

Cependant quelques reproches peuvent être faits à l'emploi de la pince de Kocher comme agent d'accolement des deux péritoines, reproche inhérent à la pince elle-même qui n'a pas été conçue pour un tel rôle. Le mors de la pince de Kocher est traumatisant, lui seul pince le bord du péritoine et les déchirures sont toujours possibles à partir de cette faible surface d'accolement traumatisée où vont s'exercer les tractions. Aussi préférons-nous réaliser l'extra-péritonisation temporaire grâce à la pince en T de De Martel. Ses larges mors répartissent d'une façon plus étendue les forces de traction. Grâce à leur élasticité, les dégâts qu'elle fait

subir aux péritoines ne sont pas à retenir et sa courbure sur le côté permet, lorsqu'elle est couchée sur la périphérie de l'incision, d'avoir entre pince et péritoine un angle obtus, alors qu'avec la pince de Kocher l'angle formé est un angle droit et le mors de la pince pointe dangereusement à travers le péritoine.

Pour avoir un bon accolement, nous plaçons en tout douze pinces en T de De Martel : une médiane à l'extrémité sous-ombilicale de l'incision, quatre latéralement de chaque côté et trois unissant le péritoine rétrovésical au péritoine pariétal. L'étanchéité que nous obtenons alors est parfaite et nous n'avons jamais observé de déchirure péritonéale après l'extraction de l'enfant.

C'est à ce moment que ressort l'intérêt de ne pas prolonger les incisions verticale et transversale du péritoine segmentaire jusqu'aux limites de décollement, car dans le cas contraire, les pinces qui fixent les extrémités des incisions ont tendance à plonger dans le champ opératoire, le feuillet péritonéal segmentaire se tend et les risques de déchirure augmentent. Ainsi se trouve donc isolée une zone opératoire où l'on pourra, sans risque de diffusion vers la grande cavité abdominale, ouvrir un utérus à contenu septique.

Nous estimons que, pour mettre de notre côté toutes les chances de succès, il est nécessaire que l'aide ait à sa disposition un vaporisateur stérilisé dans lequel se trouvera un million d'unités de pénicilline dissoute dans 20 cc. de sérum. Ce vaporisateur lui servira à baigner d'antibiotiques tout le champ opératoire lors des différents temps de l'intervention et pour commencer dès avant l'ouverture de l'utérus.

La manière de pratiquer l'hystérotomie proprement dite varie d'un auteur à l'autre. Tous commencent par faire une moucheture au bistouri sur le segment inférieur, mais alors que Brindeau et Metzger l'agrandissent par la suite au bistouri, Trillat emploie les ciseaux et Michon dilacère au doigt.

Pour notre part, il nous semble que l'agrandissement instrumental de la moucheture, tant au bistouri qu'aux ciseaux, est un procédé aveugle pouvant faire courir des risques de blessure fatale.

Le bistouri étant saisi comme un archet de violon, on le passe plusieurs fois de suite sur la future tranche de section en prenant soin de piquer légèrement de la pointe et de redresser le bistouri en fin d'incision pour que chaque passage du bistouri coupe sur toute la longueur de l'incision une épaisseur égale de muscle. L'incision débutera à 1 cm. au-dessus de la limite de décollement du péritoine vésico-utérin et se terminera à la même distance de la zone d'adhérence péritonéale sur le corps utérin. Bientôt apparaissent en un point de l'incision les membranes, ou bien l'issue de liquide amniotique indique que l'on est dans l'utérus. Les deux index sont alors introduits en crochet dos à dos dans la brèche utérine et, en les écartant l'un de l'autre, la dissociation des fibres musculaires est des plus faciles.

Pendant toute l'hystérotomie et au cours des temps opératoires suivants, l'aide aura à portée de la main un aspirateur à gros débit avec lequel il s'efforcera de tenir propre le champ opératoire. Nous insistons particulièrement sur l'emploi d'un aspirateur à gros débit qui devra être manié judicieusement et à bon escient, ceci dans le double but de réduire au minimum la propagation du liquide amniotique et de permettre une extraction fœtale plus aisée.

Ainsi se trouve réalisée la première partie de l'intervention, partie chirurgicale par excellence, qui devra être conduite avec rapidité pour éviter une souffrance fœtale toujours possible du fait de l'anesthésie et avec minutie pour maintenir une barrière péritonéale efficace contre le passage de liquide amniotique dans la grande cavité.

Alors que l'on trouve de nombreuses descriptions de toute la partie chirurgicale de l'intervention, les différents modes d'extraction fœtale n'ont pas été étudiés en France d'une façon très précise et c'est pourtant un temps capital de l'opération. Il est des cas où cette extraction est facile, mais elle peut aussi être facteur d'une part de traumatismes fœtaux avec lésions encéphaliques, d'autre part de déchirures utérines soit vers le vagin, soit vers le corps utérin, ce qui est plus grave car elles entraînent alors automatiquement une rupture du péritoine accolé secondairement et font perdre ainsi le bénéfice de l'extrapéritonisation par artifices.

Lorsque l'on a à faire à une présentation céphalique avec tête mobile ou à peine amorcée, le mode d'extraction le plus simple consiste à introduire la main en-cueillère entre la tête fœtale et le détroit supérieur. L'aide appuie alors fortement sur le fond utérin pendant que la main de l'opérateur jouant le rôle de levier sur la tête fœtale l'énuclée hors de l'utérus. Mais ce procédé pourtant très employé n'est pas sans inconvénients ; en effet la plus grande circonférence céphalique est augmentée lors de son passage à travers la brèche utérine de toute l'épaisseur de la main de l'opérateur et les agrandissements traumatiques de l'incision sont alors fréquents. Aussi préférons-nous de beaucoup l'extraction au forceps, qui permet de mieux contrôler la sortie de la tête et de toujours rester maître de la situation. Pratiquement, le seul forceps employé est le petit forceps de Pajot que l'on tient solidement soit à deux mains, une main empoignant l'entablure et l'autre serrant les deux manches en ayant soin d'interposer le médus ou l'index entre les deux manches, ceci pour éviter les pressions trop fortes des cueillères sur la tête fœtale, génératrices de traumatismes, soit d'une seule main. De plus, il faut bien savoir que l'extraction au forceps pendant la césarienne est régie par des lois strictes, tout comme l'application de forceps par voie vaginale, et que la manière de poser et de manœuvrer le forceps dépend de la partie céphalique qui se présente à l'incision utérine.

Si l'on prend l'occiput comme repère, trois sortes de présentations peuvent se rencontrer :

— Les occipito antérieures (OIDA-OIGA) et très accessoirement les occipito publiennes ;

— Les occipito transverses (OIGT-OIGT), c'est alors l'oreille que l'on aperçoit ;

— Les occipito postérieures (OIGP-OIGP) et c'est la face qui se présente dans l'incision.

Dans les occipito antérieures, la branche à placer la première n'a pas d'importance. Il est cependant plus pratique de mettre en place d'abord la branche dont la cueillère sera la plus postérieure ; par contre la courbure pelvienne du forceps doit obligatoirement être dirigée du côté de l'ombilic de la mère et les branches du forceps doivent effleurer son pubis. Le premier travail consiste à transformer la présentation oblique en présentation antérieure, ce qui se fait aisément, puis il faut tirer d'abord dans l'axe du forceps pour mettre en contact s'il ne l'est pas déjà le sous-occiput avec l'extrémité ombilicale de l'incision, charnière de l'extraction ; par un abaissement des branches du forceps vers l'ombilic, combiné à une traction permanente sur son axe, on obtient alors l'énucléation de la tête par sa déflexion.

Lorsque l'on a à faire à une occipito postérieure, le nez et la bouche apparaissent à l'incision. La mise en place des branches du forceps se fait comme précédemment, mais sa courbure périnéale sera dirigée vers le pubis de la femme et les branches sortiront à ras de l'extrémité ombilicale de l'hystérotomie. La manœuvre d'extraction consiste alors à redresser en un premier temps le forceps vers le pubis, pour dégager le menton. Lorsque le menton est en dehors de l'utérus, les branches du forceps sont abaissées vers l'ombilic, ce qui dégage la tête par un mouvement de flexion autour du menton.

Lorsque la présentation est transversale (OIGT ou OIGT), la prise de forceps est impossible sans traumatisme fœtal ; aussi faut-il transformer cette présentation en présentation de la face. Pour ce faire, introduire l'index dans la bouche fœtale, prendre point d'appui avec le pouce sur le maxillaire supérieur et effectuer une rotation de 45° qui amène la bouche sous le pubis. L'on opère alors comme précédemment.

Mais le forceps à lui seul ne résoud pas tous les problèmes qui se posent lors de l'extraction d'une tête première, car la plupart du temps, surtout dans le cas qui nous intéresse, la tête est franchement amorcée, voire même enclavée. Aussi faut-il, dans un premier temps, la replacer au-dessus du détroit supérieur.

A cet effet, l'on emploie l'une des branches du petit forceps de Pajot comme levier. La cuillère est glissée entre la présentation et le segment inférieur dans le diamètre oblique laissé libre par la présentation. Lorsque la présentation emprunte le diamètre oblique droit, c'est de la branche droite du forceps qu'il faut se servir, la courbure périnéale du forceps regardant la cuisse droite de la mère. Lorsque la présentation emprunte le diamètre oblique gauche, c'est la branche gauche que l'on emploie, la courbure périnéale dirigée vers la cuisse gauche de la mère.

Quant aux présentations transversales, il faut les considérer comme des obliques antérieures du côté où se trouve l'occiput et agir comme tel. La bonne branche une fois placée prend appui sur l'arc antérieur et, par un mouvement de levier, on arrive ainsi à dégager la bosse pariétale la plus profondément amorcée. Toutefois, si l'examen pré-opératoire fait redouter un enclavement de la tête, un aide repoussera vers le haut la présentation avec deux doigts intra-vaginaux en même temps que l'on fera la manœuvre du levier.

Après extraction de la tête, si un bras est facilement accessible, le dégager, puis une rotation de 90° de la tête en plaçant les épaules dans le grand axe de l'incision permet leur sortie, la première à dégager étant la plus antérieure. Le reste du corps sort avec facilité.

En cas de présentation de siège, qu'il soit complet ou décompleté, il y a toujours intérêt à aller chercher le pied antérieur. Le relèvement des bras est fréquent mais leur dégagement ne présente pas de difficulté. La manœuvre de Mauriceau s'effectue facilement en plaçant le sous-occiput au niveau de l'extrémité ombilicale de l'incision. Il convient simplement de faire cette manœuvre sans précipitation pour éviter tous agrandissements de l'hystérotomie.

Dans la présentation de l'épaule, la saisie du pied est facile. Il convient de souligner l'extrême douceur avec laquelle doit être faite la version sur ces utérus fatigués et hypertoniques.

De toute façon, dès que la tête est hors de l'utérus, il est nécessaire d'enlever à l'aide d'une compresse les mucosités de la bouche. Dès l'extraction terminée, placer l'enfant la tête en bas, couper le cordon entre deux pinces et confier l'enfant à un troisième aide. Aucune manœuvre traumatisante, dite de réanimation, ne sera effectuée. Par contre, on se trouvera bien de nettoyer immédiatement les voies respiratoires par sondages à la sonde molle et aspiration à la trompe à eau à une pression aspirante de 20 cm. 3 d'eau au maximum. Lorsque les voies aériennes supérieures sont désobstruées, placer l'enfant à la chaleur et dans une atmosphère hyperoxygénée à 60%.

Conjointement aux manœuvres d'extraction faites par l'opérateur, l'aide, grâce à deux pinces en cœur placées sur les lèvres de l'hystérotomie, cherchera à extérioriser le plus possible l'incision tout en aspirant sang et liquide amniotique issus de l'utérus.

Soit juste avant, soit dès l'extraction de l'enfant, l'anesthésiste injectera lentement par voie intra-veineuse 5 unités de Post-hypophyse. La voie endo-veineuse présente en effet l'avantage considérable sur la voie sous-cutanée d'avoir une action immédiate alors que la voie sous-cutanée demande environ 7 minutes pour agir. Quant à l'injection de post-hypophyse dans le muscle utérin, si elle procure une incision du muscle moins hémorragique, la rétraction utérine qui la suit immédiatement peut être gênante au moment de l'extraction fœtale.

Sitôt après l'injection de post-hypophyse, l'utérus se contracte fortement, décollant ainsi le placenta que l'on extrait facilement avec les membranes.

L'aspiration évacue le sang retro-placentaire et un petit champ en tétra est placé en zig-zag dans la cavité utérine vers le fond utérin. Le col sera alors badigeonné au mercurochrome à l'eau et une mèche vaginale, type Mickulitz, poudrée d'un mélange de pénicilline, de sulfamide et d'urée qui sera enlevée huit heures après, est mise en place jusque dans le vagin en sachant que l'urée du mélange provoque une certaine hydrohématorrhée.

L'on procède alors au nettoyage soigneux à l'aspirateur et au tampon monté de toute la zone opératoire, nettoyage suivi d'une vaporisation de pénicilline.

A l'exception de la première suture musculaire pour laquelle nous continuerons à employer l'aiguille de Reverdin, qui permet d'aller plus vite, nous utilisons pour toutes les autres sutures l'aiguille sertie et le porte-aiguille, car la classique aiguille de Reverdin fait, lors de son passage, des trous trop grands, de plus elle passe et repasse dans le même orifice, et au retour chargée d'une double épaisseur de fil, ce qui produit un traumatisme en général important, surtout au niveau des séreuses.

L'aiguille enfilée, si elle ne passe qu'une fois, emmène derrière elle, tout comme l'aiguille de Reverdin, une double épaisseur de fil et par là même, crée un orifice trop grand par où pourront sourdre les sérosités.

C'est donc à l'aiguille sertie, de section circulaire, car alors elle ne coupe pas, que vont nos préférences, l'orifice qu'elle crée étant juste à la dimension du fil qui la suit.

On pratique donc une première suture à l'aiguille de Reverdin, en employant du catgut retard n° 2. Les points sont des points séparés totaux distants de 1 cm. qui prennent le muscle et la muqueuse, celle-ci étant souvent rétractée sous le muscle, et qui doivent obtenir un bon affrontement des deux lèvres utérines. Il est nécessaire de placer le premier et le dernier point à 1 cm. au delà des limites visibles de l'incision, ceci pour obturer les fissures muqueuses ou musculaires toujours possibles. Au fur et à mesure que la suture avance, le champ endo-utérin est retiré. Cette première série de points suffit en général à faire l'hémostase.

Pour recouvrir cette première suture, l'on fera un surjet d'enfouissement à l'aiguille sertie, catgut retard n° 1, sujet musculo-musculaire recouvrant toute la première suture. Ce surjet sera passé et, un point sur deux, il sera passé deux fois, ce qui permet d'allier l'avantage du surjet, à savoir une bonne coaptation et un meilleur enfouissement, à une individualité plus grande de chaque point. Quelquefois un lac sanguin continue à saigner ou un fil passé à travers un lac sanguin le fait saigner ; un simple point en U passé autour de la région qui saigne en assure l'hémostase.

L'on pratique alors un nettoyage soigneux de la région à la compresse montée et une vaporisation abondante de pénicilline sur toute la zone opératoire. Les instruments qui ont servi à ce temps opératoire sont abandonnés. L'opérateur et son aide changent

de gants et les champs à border, souillés, sont remplacés. L'on enlève les pinces en T de De Martel, souvent alors les deux péritoïnes sont si intimement accolés qu'il faut les séparer à la pince.

Les deux champs latéro-utérins et le champ abdominal sont enlevés ; ils apportent le témoignage d'une extrapéritonisation efficace s'ils ne sont pas souillés. Cependant, dans quelques cas, le champ roulé en V entre utérus et paroi abdominale est souillé en son milieu au niveau de l'extrémité ombilicale de l'incision, souillure très minime du reste mais qui montre bien l'intérêt d'un champs placé à ce niveau, point d'autant plus faible de l'extrapéritonisation que la femme étant en position de Trendelenburg, c'est vers lui que liquide amniotique et sang s'écoulent et stagnent.

La fermeture du péritoïne segmentaire se fait de la façon la plus simple et la plus efficace. La laxité du tissu péritonéal et la diminution du segment inférieur permettent de faire une fermeture en bourse à l'aiguille sertie, catgut chromé n° 0, qui enfouit les moignons péritonéaux ; une seconde bourse vient enfouir la première en se superposant à elle. Après une large vaporisation de pénicilline sur le péritoïne et dans tout l'abdomen, l'opération est terminée, une inspection des pédicules latéro-utérins et des séreuses assure qu'aucune hémorragie sous-péritonéale ne s'est produite. Fermeture de la paroi au fil résorbable en trois plans avec trois crins profonds et bourdonnets latéraux qui évitent par leur traction élastique et continue une déchirure de la paroi.

Au cours de l'intervention quelques difficultés peuvent se rencontrer et quelques incidents surgir.

Une hémorragie en nappe au moment du décollement est plus gênante que dangereuse.

La blessure du pédicule veineux latéro-utérin est grave mais ne se voit jamais si l'on effectue avec un minimum de prudence le décollement aux abords des pédicules. Du fait de la dextrotorsion physiologique de l'utérus, le pédicule gauche est plus antérieur que le droit. Il faut donc faire attention, lorsqu'on décolle le péritoïne vers la gauche et faire l'hystérotomie para-médiane droite à 1 cm. de la ligne médiane environ.

Si un coup de ciseaux malheureux provoque une déchirure dans le péritoïne, elle sera immédiatement réparée par un point en bourse fait au serti-catgut.

Si, une fois les deux péritoïnes accolés, une tension en certains points fait craindre une déchirure, quelques coups de ciseaux prudents ou, mieux, un décollement à la compresse des tractus fibreux responsables, remettent tout en place.

Il faut se méfier lors de l'hystérotomie de l'épaisseur du segment inférieur qui, dans certains cas, est de l'ordre du millimètre

Lorsque le segment inférieur est mal formé et d'une ampleur insuffisante, ce qui est rare chez ces femmes en travail depuis longtemps, l'incision verticale du muscle sera remplacée par l'incision horizontale curviligne remontant à droite et à gauche parallèlement aux pédicules. L'incision, d'abord amorcée en son milieu au

bistouri, sera poursuivie latéralement aux ciseaux courbes avec une extrême prudence pour éviter tout risque de blessure fœtale ou des pédicules latéro-utérins. Cette incision transversale sera utile si l'on se trouve en présence d'une présentation de l'épaule.

Parfois de grosses veines traversent perpendiculairement la zone d'hystérotomie. Ces veines se rétractent considérablement sous l'action de la post-hypophyse et n'apportent pas de gêne à l'hystérotomie.

Le moment où doit être faite l'injection intra-veineuse de post-hypophyse varie d'une intervention à l'autre ; elle peut être faite à partir du moment où l'opérateur, le bistouri en main, s'apprête à faire l'hystérotomie, jusqu'à l'extraction fœtale, suivant la vascularisation du segment inférieur, la présentation fœtale et les manœuvres intra-utérines à effectuer ; ceci est une question d'appréciation personnelle et de cas d'espèce. Il suffit de savoir que l'action de l'hypophyse intra-veineuse est rapide et intense, puisqu'elle atteint son maximum en une minute.

Si l'insertion placentaire se trouve sur la zone d'incision, ce dont on s'aperçoit rapidement du fait de la vascularisation anormale de la région, après avoir dilacéré le muscle au doigt comme précédemment, il faut essayer de passer latéralement entre muscle et placenta. Si l'on n'y parvient pas, perforer le placenta à l'aide d'une pince de Kocher, la retirer en écartant les mors pour agrandir l'ouverture, introduire les deux index dans la brèche et dilacérer le placenta.

SUITES SIMPLES

Comme toutes les opérées, après avoir été sanglée dans un bandage de corps, la malade sera couchée à plat dans un lit au préalablement chauffé. L'on placera sur son abdomen une grosse vessie de glace lourde, qui outre son rôle classique, aura pour but d'éviter les phénomènes de décompression dus à la diminution brusque du volume de l'utérus.

Un urinal est mis entre les jambes de l'opérée pour recueillir les urines et établir une courbe de diurèse. Il faut insister sur le fait que la sonde doit être constamment ouverte pendant les 12 premières heures, ce qui permet de mettre au repos cette vessie augmentée de volume et étalée contre la paroi abdominale du fait de la grossesse, et toujours un peu traumatisée d'abord par le travail utérin, puis par l'intervention. Mais surtout en évitant la formation d'un globe vésical, on empêche le tiraillement au niveau du péritoine vésico-utérin, ce qui permet une coaptation plus rapide et plus facile des décollement péritonéaux effectués au cours de l'intervention.

Pendant les 24 premières heures, une bonne pratique consiste à continuer la perfusion et à la préférer à la voie sous-cutanée qui, elle, sera réservée à la deuxième journée. Dans l'ensemble, un litre et demi de sérum au cours de ces premières 24 heures nous semble une juste moyenne chez ces malades déshydratées. Après le sérum glucosé pré et per-opératoire, l'on pourra faire suivant les cas, soit du sérum salé, soit du sérum bicarbonaté, surtout si la malade a présenté une gestose au cours de sa grossesse, soit du plasma lorsque la tension artérielle baisse.

Il va sans dire que les antibiotiques commencés avant l'intervention seront continués au rythme de toutes les trois heures. Mais d'ordinaire nous attendons 18 à 24 heures avant d'entreprendre une thérapeutique antibiotique nouvelle ou à des doses supérieures. ceci pour connaître les réactions de la malade à la pénicilline et lui éviter une thérapeutique intempestive.

Le pouls, fidèle indicateur des perturbations circulatoires, plus fidèle indicateur que la température de l'infection, et la tension artérielle, seront pris et notés toutes les heures pendant les 12 premières heures et toutes les trois heures ensuite.

Il faut surveiller avec attention l'abdomen de la malade et surtout veiller à la persistance d'un bon globe utérin. La mèche vaginale sera retirée à la huitième heure. Dès le réveil de la malade, la mettre en position mi-assise.

Pour assurer une nuit calme à la malade, lui faire le soir une piqûre de morphine, précédée une heure avant d'un tonicardiaque : camphre ou mieux spartéïne, à cause de son action légèrement ocytocique.

Le lendemain, les soins seront semblables à ceux de tous les opérés.

Il faut insister sur la nécessité d'une instillation vésicale au nitrate d'argent. La surveillance du globe utérin et des pertes vaginales qui doivent se solder par quelques caillots et un suintement séro-hématique sans odeur. Pouls, température, tension artérielle, courbe de diurèse feront l'objet d'une surveillance attentive. Le sérum intra-veineux sera remplacé par un demi ou un litre de sérum sous-cutané, suivant la température antérieure et l'état d'hydratation de l'opérée. On autorisera la malade à boire un peu, un demi-litre dans la journée de tisane diurétique ou d'eau minérale non gazeuse lactosée à boire par petites gorgées.

Si la malade se plaint de météorisme intestinal, ce qui est fréquent chez ces opérées, lui installer une sonde rectale.

Au bout de 48 heures, on retirera la sonde vésicale après instillation au nitrate d'argent et l'on permettra à l'opérée des boissons plus nutritives et plus variées : café au lait, bouillon de légumes, jus de fruits naturels, à l'exception du citron, qui provoque souvent des crampes d'estomac douloureuses et persistantes.

Vers la 36^e heure faire donner, pour rétablir le transit intestinal, un petit lavement salé et glycérimé (eau 150, glycérine 30 gr., chlorure de sodium 15 grammes) suivi 12 heures après d'une injection de prostigmine et d'un grand lavement évacuateur salé. Si cela ne suffit pas, faire le soir un lavement de : eau 100 cc., sulfate de magnésie 30 gr., glycérine 4 cuillerées à soupe, suivi le lendemain d'une purgation : huile de ricin-glycérine à partie égale, 1 cuillerée à soupe.

Le troisième jour, l'opérée pourra commencer à s'alimenter. Si tout va bien, la pénicilline toutes les trois heures sera remplacée par la pénicilline retard et, vers le sixième jour, toute médication anti-infectieuse pourra être arrêtée.

Les agrafes seront enlevées le sixième jour, les crins le douzième et la malade pourra sortir, munie d'une bonne ceinture post-opératoire, à partir du quinzième jour.

SUITES COMPLIQUEES

Comme après toute intervention portant sur l'abdomen, de nombreuses complications peuvent émailler les suites opératoires de la césarienne.

Parmi ces complications, les unes sont fréquentes ou propres à la césarienne et ce sont elles surtout qui retiendront notre attention. Les autres ne se voient pas plus souvent après césarienne qu'après toute autre intervention abdominale.

Parmi les complications immédiates propres à la césarienne, la seule à craindre est l'hémorragie utérine. Survenant dans les cinq premières heures après l'intervention, cette hémorragie a pour cause, soit une rétention placentaire provenant le plus souvent d'un cotylédon abhèrent qui a passé inaperçu, soit une inertie utérine secondaire. Cette complication est d'ailleurs rare dans sa forme grave. Trillat et Pigeau, Le Lorier et Meyer en signalent chacun deux cas. De plus, dans le cas particulier qui nous intéresse, le col étant toujours dilaté, l'hémorragie externe permet un diagnostic rapide. L'hémorragie, après la césarienne, revêt la même symptomatologie que l'hémorragie immédiate des suites de couche. Elle est très influencée par la thérapeutique habituelle. Après révision utérine prudente et soigneuse, l'injection d'ocytocique (post-hypophyse et au besoin ergotine) remet tout en place. L'inertie relative du segment inférieur où a porté l'incision d'hystérotomie autorisant à employer des doses fortes d'ocytocique sans risques de désunion des sutures, ce qui n'est pas le cas des césariennes corporéales, il est recommandé de replacer, lorsque tout est rentré dans l'ordre, une petite mèche, précédé d'une injection intra-utérine de pénicilline.

La dilatation aigüe de l'estomac et l'ileus précoce, s'ils ne sont pas propres à la césarienne, ne s'en voient pas moins plus fréquemment ici qu'après toute autre intervention. La brusque déplétion de la cavité abdominale, jointe au météorisme intestinal que l'on rencontre toujours chez ces malades, doivent en être la cause. Le syndrome précoce survient dans les 36 premières heures qui suivent l'acte opératoire. Le début peut être brutal. Il apparaît alors après une courte période normale qui a suivi le réveil de l'opérée. Parfois, au contraire, il est insidieux et succède aux vomissements du réveil, qui augmentent alors d'intensité.

Le ballonnement qui apparaît et se développe est surtout sous-ombilical. Il est rare que cette complication devienne grave. Une

thérapeutique appropriée en a, dans la majorité des cas, facilement raison. Mais parfois il se développe une véritable dilatation aigüe de l'estomac qui n'est qu'une impression particulièrement marquée et sévère du syndrome précédent. La thérapeutique consiste en une aspiration gastro-duodénale continue associée à une rechoruration interne et à l'atropine.

Mais de toutes les complications que l'on peut voir dans les suites opératoires, celle qui fut sans conteste la plus grave et qui obligeait à pratiquer la césarienne suivie d'hystérectomie ou l'opération de Portes est bien l'infection secondaire.

Les antibiotiques actuels diminuent considérablement ces risques d'infection secondaire, aussi bien dans leur fréquence que dans leur gravité et autorisent à conserver l'utérus et à fermer la paroi abdominale sans drainage. L'infection revêt d'ordinaire des formes cliniques de plus en plus graves et contre lesquelles il est de plus en plus difficile de lutter au fur et à mesure de leur évolution. C'est dire l'importance d'une thérapeutique anti-infectieuse intense et rapide, dès les premiers signes annonciateurs de cette complication. La température, au lieu d'amorcer franchement sa chute dès le deuxième jour, ne « décroche » pas 38°. Le pouls reste rapide, aux environs de 100. C'est alors, sans plus attendre, qu'il faut commencer les antibiotiques : pénicilline à la dose de 1 million d'unités par jour, toutes les trois heures, associée à 1 gramme de streptomycine et à 2 grammes d'auréomycine ; d'ordinaire, le début de l'infection est vite jugulé, la température et le pouls redeviennent normaux et les antibiotiques sont progressivement supprimés.

Le plus souvent, cette température provient de la résorption d'un hématome sous-péritonéal localisé à la zone du péritoine décollé.

Si les antibiotiques sont commencés tardivement ou donnés à des doses insuffisantes, l'hématome sous-péritonéal peut s'infecter. Il se traduit alors par des manifestations cliniques plus précises. La température est un peu plus élevée, plus oscillante (38°-38°5) L'opérée se plaint de gêne hypogastrique et de quelques troubles vésicaux, la palpation de l'abdomen est douloureuse, mais ne renseigne pas de façon précise, c'est le toucher vaginal qui apporte la clé du diagnostic en montrant un cul-de-sac antérieur bombé, malgré l'évacuation de la vessie, douloureux et tendu, cette sensation douloureuse se propage un peu latéralement. Sous l'action des antibiotiques et de la glace, la résorption est de beaucoup l'évolution la plus fréquente. Mais avant la découverte des antibiotiques, l'abcès ainsi formé pouvait fuser au niveau des ligaments larges et se transformer en phlegmon du ligament large, complication très redoutée de par elle-même de par sa transformation possible en pelvi-péritonite, ou même en péritonite généralisée, qui emportait presque fatalement la malade. C'est la disparition quasi-totale de ces dernières complications qui autorise des interventions conservatrices plus tardives.

Toute infection, si légère soit-elle au niveau de la zone péritonéale décollée pourra produire des phénomènes d'irritation vasculaires siégeant surtout au niveau des veines des pédicules latéro-utérins et se traduire par des phénomènes phlébitiques thrombo emboliques.

Cependant ces complications veineuses ont beaucoup diminué de fréquence grâce à une technique opératoire moins traumatisante et à l'action des antibiotiques. Dans ces cas, les anticoagulants actuels seront maniés avec prudence et sous contrôle quotidien du taux de prothrombine, du fait des hémorragies très importantes qu'ils peuvent provoquer au moment du retour de couche.

STATISTIQUES

La statistique que nous présentons a été établie en plus grande partie dans le service hospitalier du Docteur DAVEO et dans sa clientèle privée. Elle porte sur une série de 52 femmes qui, toutes, présentaient, au moment de l'intervention, au moins un des facteurs de gravité que nous avons signalés antérieurement.

Parmi ces 52 cas, nous pouvons noter que 12 femmes avaient les membranes rompues depuis plus de 48 heures, et 26 une température supérieure à 38° au moment de l'intervention. Quant aux suites opératoires, 37 se sont passées sans histoires avec apyrexie complète à partir du troisième jour. Nous ne relevons que 6 cas avec complications opératoires dignes d'être signalées ; deux fois seulement ces complications furent du type infectieux pur, et trois fois du type circulatoire. Une seule fois les suites opératoires furent vraiment compliquées et semblèrent pendant quelques jours mettre la vie de la malade en danger.

NOMS	AGE	PARITE	CAUSES	DURÉE DU TRAVAIL	DILATATION	Rupture Poche des Eaux DEPUIS
				HEURES	CENTIMÈTRE	HEURES
1 TEISSEIRE	31	I	Bassin général. rétréci canaliculé	36	4	22
2 POYAC		II	Sommet défléchi	24	3	24
3 LEFEVRE	36	I	Bassin canaliculé Tête défléchie	30	5	24
4 FRANCOYAT	20	I	O I D T	20	2	20
5 RULFI	26	III	Bassin générale. rétréci	6	0	6
6 SEDIARI	28	I	Epaule	30	3	32
7 X	19	I	Dystocie de la dilatation Siège	12	2	24
8 MAGLOIRE	37	I	Epaule négligée	40	2	46
9 MURK	32	II	Front	40	4	24
10 QUINDICCI	26	I	Sommet défléchi rigidité du col	48	2	32
11 SQUIRI	38	I	OIGP défléchi Dystocie de la dilatation	26	2	26
12 EUSEBI	26	II	O I G T	22	6	30
13 BARBARIN	32	I	Bassin général. rétréci	12	2	20
14 MULLER	31	I	Dystocie de la dilatation	92	3	92
15 MERI		I	Front	30	2	24
16 GHIBAUDOT	32	I	Bassin général. rétréci	24	5	52
17 AUSCHI	23	I	Bassin canaliculé général. rétréci	16	3	30
18 OTTONELLO	37	I	Dystocie Dilatation	30	2	26
19 MIGNACO	37	I	Dystocie de la dilatation	30	2	26

Température	POULS	SUITES OPÉRATOIRES	ENFANT	OBSERVATIONS
38	98	Bonnes	Vivant	
37 9	105	Pyrexie au 5 ^e jour . . .	Vivant 3 300	
38 4	110	Ballonnement épigas- trique au 2 ^e jour	3 450	
37 5	80	R. A. S.	3	
37 8	80	Apyrexiques	3 200	Césarienne itérative
38 2	100	Apyrexiques au 4 ^e jour	3 100	
38 9	115	Normales	3 400	Souffrance fœtale Enfant décédé 2 heures après l'intervention
38 5	100	Apyrexiques	2 800	Liquide amniotique fétide
38	90	Normales	4 100	
39	96	Bonnes	3	Enfant décédé 24 heures après la naissance
38	104	Bonnes	3 200	Ballonnement intestinal cédant à l'aspiration
38 1	100	Infarctus pulmonaire	3 900	
37 9	90	Normales	3 300	
38 8	115	Hématome de la paroi	3 800	Sort au 24 ^e jour
38	90	Normales	2 700	
37 7	88	Empâtement annexiel	3 050	Vaccinothérapie dans les suites opératoires
37 6	92	Bonnes	2 850	
38 5	104	Bonnes	3 600	
38 5	108	Bonnes	3 600	

NOMS	AGE	PARITE	CAUSES	DURÉE DU TRAVAIL	DILATATION	Rupture Poch des Eaux DEPUIS
				HEURES	CENTIMÈTRE	HEURES
20 BARRET	22	I	Bassin rétréci	16	5	8 JOURS
21 DRAGOUL	20	I	Bassin rétréci	24	5	36
22 ANTONOCCHI		II	Bassin général. rétréci-canaliculé	24	1	24
23 BAFFERT	34	I	Inertie utérine vraie	48	0	48
24 BARREL	28	I	Angustie pelvienne	6	0	36
25 CIAIS	30	I	Bassin général. rétréci	40	COMPLÈTE	36
26 COURT	28	II	Epaule négligée	18	4	14
27 DIEBAULT	26	I	Dystocie de la dilatation	36	1	36
28 DOUAINE	29	II	Itérative	4	1	6
29 FERRIER	30	I	Face enclavée en M. post	48	5	48
30 GASTAUD	34	V	Placenta prævia	21	3	21
31 CASIGLIA	42	II	Fibrome prævia Rétrécis. léger			
32 HABBETZ	32	I	Bassin général. rétréci	12	5	18
33 IZAIA	30	VI	Epaule	0	1	24
34 LEROUX	35	II	Hypotonicité totale	0	0	5 JOURS
35 LAMBOGLIO	22	I	Dystocie de la dilatation	48	3	3 JOURS

Température	POULS	SUITES OPÉRATOIRES	ENFANT	OBSERVATIONS
38 8	120	Apyrétique au 4 ^e jour	3 400	Drainage par Mikulicz
38	105		3 050	Température en clocher le soir jusqu'au 8 ^e jour
37 6	96	Apyrétique	3 600	Basiotripsie au 1 ^{er} enfant
37 4	76	Normales	2 800	Traitée pour stérilité
37	100	Normales	3 050	
37 8	92	Pyrexique jusqu'au 3 ^e jour	3 200	Epreuve du travail négative Tentative de forceps à son domicile, vient de la campagne
37 4	84	Normales	3 800	
37 8	76	Normales	3 750	Souffrance fœtale
37 5	100	Sub-fébrile jusqu'au 9 ^e jour	3 400	Césarienne itérative, la première étant corporéale
37 7	100	Normales	décédé 6 h. après Penphygus	Souffrance fœtale, liquide fétide
37 1	100	Suites fébriles du 5 ^e au 10 ^e jour	3	
37 7	90		2 500	Souffrance fœtale, suites dramatiques, thrombo-phlébite pelvienne, sort de la clinique guérie
38	90	Normales	3 500	A subi deux autres césariennes par la suite
37 7	95	Normales	3 100	Premier enfant vivant
37 2	92	Normales	3 700	Terme dépassé. Essais infructueux de Wadson
38	115	Pyrexique jusqu'au 11 ^e jour	3 100	

NOMS	AGES	PARITE	CAUSES	DURÉE DU TRAVAIL	DILATATION	Rupture Poche des Eaux DEPUIS
				HEURES	CENTIMÈTRE	HEURES
36 LATTI	26	II	Pré éclampsie	24	3	23
37 MANDINE	35	V	Epaule négligée	24	6	99
38 OTTAVI	35	I	Face atrésie vaginale	17	4	1
39 RASTIER	21	II	Oblique ovulaire	4	2	6
40 VEYSSIOT	26	III	Placenta prævia	48	4	24
41 MONGES	45	I	Pré éclampsie	4	2	6
42 LAUDI	27	I	Pré éclampsie	48	6	4
43 BEBRIS	25	I	M I G T	24	6	36
44 JAYET	32	IV	Bassin rétréci	6	1	4
45 ZETOUG	35	I	O I G T	30	0	37
46 CHIQUILLO		II	Bassin rétréci	4	2	18
47 NOVÁCK	28	I	Placenta prævia	1	1	3
48 COCHOY	36	I	Bassin rétréci	4	0	5 jours

Température	POULS	SUITES OPERATOIRES	ENFANT	OBSERVATIONS
37 2	110	Normales	2 800	
37 1	90	Normales	3 500	
38 5	100	Sub-fébrile jusqu'au 8 ^e jour	2 820	
36 9	96	Normales	2 840	Césarienne itérative
38 4	90	Normales	3 200	Hémorragie du travail, placenta latéro-postérieur
38 2	100	Normales	2 590	T.A. 22/14. Terme dépassé myomectomie de trois noyaux au cours de la césarienne
38 1	90	Normales	3 500	Souffrance fœtale, excès de liquide
38	100	Normales	décédé	Procidence du cordon
37 8	92	Phlébite gauche	2 800	a) arrachement du col pendant le 1 ^{er} accouchem. provoqué au 8 ^e mois b) fausses couches à 5 m par dystonie cervicale c) Réfection chirurgicale du col permettant de mener la grossesse à terme
37 5	84	Apyrétique	4	a) Souffrance fœtale, méconium, placenta latéro-marginal tentative de Wadson Hystéropie à la Pestalozza
37 8	90	Normales	3 250	Itérative après césarienne haute, adhérence du grêle et de l'épiploon sur l'ancienne cicatrice utérine
38	100	Apyrétique	3 800	Incision transversale de l'utérus
38	100	Normales	4	Déchirure spontanée du segment inférieur

NOMS	AGE	PARITE	CAUSES	DURÉE DU TRAVAIL	DILATATION		Rupture Poche des Eaux DEPUIS
				HEURES	CENTIMÈTRES	HEURES	
49 CANTINELLI	28	II	Gestose Bassin rétréci	2	2	6	
50 SEQUENTI	39	I	Epaule	3 JOURS	8	3 JOURS	
51 GARCIN	44	II	Placenta prævia	1 JOUR	5		
52 TAON	36	II	Bassin canaliculé	2	1	4 JOURS	

température	POULS	SUITES OPERATOIRES	ENFANT	OBSERVATIONS
39 2	120	Normales	2 900	Itérative albuminurie à 3 gr. 90
37 4	100	Apyrétique	2 890	Cardiopathie. R.M. goître exophtalmique, Incision transversale du segment inférieur, myomectomie
37 8	120	Normales	3 300	A l'incision du segment inférieur absence presque complète de liquide
38 2	110	Apyrétique	2 850	Premier accouchement terminé par basiotripsie

CONCLUSIONS

La disparition complète de l'indication d'hystérectomie après césarienne, dans les cas d'infection ovulaire sérieuse, est surtout le fait de trois facteurs principaux :

1° — Une technique opératoire simple et rapide d'extrapéritonisation secondaire par artifice, qui d'une part évite toute diffusion du liquide septique vers la grande cavité péritonéale et d'autre part réduit au minimum les risques de séquelles adhérentielles douloureuses.

2° — Des perfectionnements de détails venant renforcer la lutte contre la diffusion microbienne pendant l'intervention et dans les heures qui la suivent, ce qui réduit considérablement la morbidité maternelle.

3° — L'apparition dans l'arsenal thérapeutique des antibiotiques qui, pratiqués dès avant l'intervention, diminuent la septicité du contenu ovulaire, atténuent les complications infectieuses et permettent, ainsi, de pratiquer les interventions conservatrices dans des cas où l'on ne pouvait même pas les envisager avant l'ère de la mycothérapie

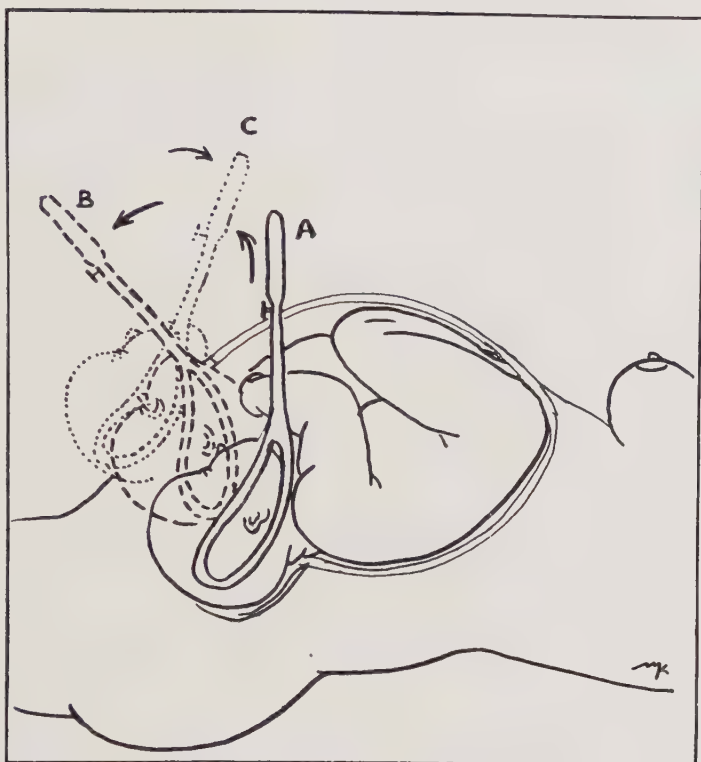


Figure I. — Schéma montrant les trois positions du forceps et de la tête lors de l'extraction face première :

- a) position initiale.
- b) déflexion amenant le sous-menton en contact avec l'extrémité ombilicale de l'incision, charnière de l'extraction.
- c) flexion dégageant les bosses pariétales et l'occiput.



Figure II. — Schéma du champ opératoire au moment de l'hystérotomie. En haut de la figure on aperçoit les cordonnets fixés aux champs intra-abdominaux. Les deux péritoines sont ici volontairement séparés, pour la commodité du schéma, entre les pinces en T alors qu'en réalité ils sont intimement unis.

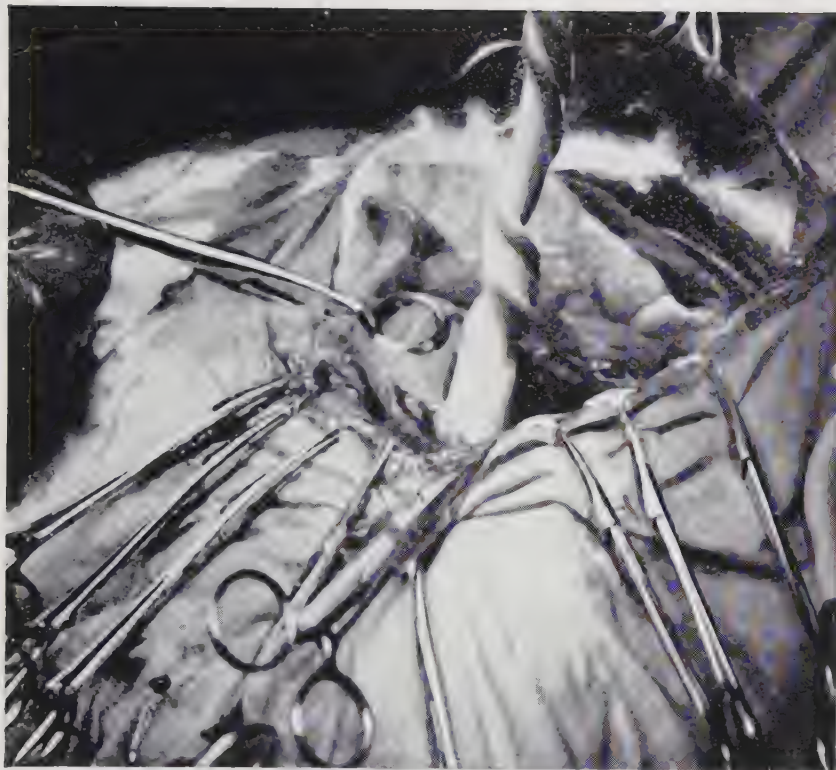


Figure III. — Après extraction fœtale sortie du placenta. Remarquer les deux pinces en cœur qui extérieorisent les tranches utérines.



Figure IV. — Terminaison du surjet musculo-musculaire qui recouvre une première série de points séparés.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS. — Indications de la césarienne basse dans l'infection amniotique. (*Rev. Fr. Gyn. et Obst.*, Janvier 1937).
- AVERENC. — Désunion de la cicatrice utérine après césarienne au cours d'une grossesse ultérieure. (Thèse Paris 1938).
- BASDEN. — Césarienne dans des cas infectés. (*Brit. méd. journ.*, Février 1936).
- BURGER. — Différence des complications hémorragiques de la section césarienne basse suivant la section longitudinale ou transversale du segment. (*Rev. Fr. Gyn. et Obst.*, Juillet 1947).
- BOURGEOIS. — Technique de la coloration péritonéale pour la césarienne extrapéritonéale. (*Am. j. Obst. Gyn.*, Août 1945).
- BURGER. — Remarques sur la question de la césarienne. (XXVI^e congrès All. de Gyn.).
- BRUNO. — De la mort par rachi-anesthésie dans quelques cas de césarienne basse pratiquées au cours du travail. (Thèse Lyon 1938-1939).
- BLEYNE. — Contribution à l'étude de la césarienne segmentaire. (Thèse Paris 1939-1940).
- BRAULT. — Quelques points de technique de la césarienne basse. (*Gaz. méd. de Fr.*, 15 Mai 1938).
- BROCHIER. — Extension de la césarienne basse dans les cas impurs par la pénicilliothérapie locale et générale. (*Gyn. et obst.*, n° 5, 1947).
- BOURGEOIS. — Anatomie du segment inférieur. (*Am. jour. gyn. obst.*, Février 1949).
- BAZANT J. — La césarienne dans les cas impurs à propos de 1.138 cas. (*Bull. Soc. obst. gyn.*, Décembre 1948).
- CASALTE. — Accidents par rachi-anesthésie au cours d'une césarienne basse. (*Bull. Soc. obst. et gyn.*, Juin 1938).
- COOKE. — La césarienne dans les cas infectés. (*Am. jour. obst.*, Mars 1938).
- COSGROVE. — Appréciation de la césarienne extrapéritonéale. (*Am. jour. obst. gyn.*, Août 1946).
- CHOME. — Résultat des césariennes segmentaires avec exclusion du segment inférieur. (*Bull. acc. de Méd.*, Mars 1939).
- COURTOIS. — Considérations sur la pratique de la sulfamidothérapie en chirurgie abdominale. (*Rev. Fr. gyn. obst.*, Novembre 1942).
- COURTOIS. — 158 cas de césarienne basse - Indications, Résultats. (*Rev. Fr. gyn. obst.*, Octobre 1938).
- CHOSSON. — Utilisation de l'anesthésie épidurale haute par voie sacrée dans les césariennes abdominales, à propos de 27 observations. (*Bull. Méd.*, Avril 1946).
- CHEVALLIER et VIALLE. — Résultats de la pénicilliothérapie, (*Presse Méd.*, Avril 1946).
- CARTWRIGHT. — Césarienne extrapéritonéale. (*Wesd. jour. obst. gyn.*, Novembre 1950).
- DAICHAM. — Revue de 380 opérations de césarienne. (*Am. jour. gyn. obst.*, Janvier 1939).
- DIGONNET. — 14 observations de césarienne basse avec exclusion du segment

- inférieur. (*Gyn. obst.*, Février 1939).
- FROST. — Exclusion transpéritonéale de la césarienne par le segment inférieur de l'utérus. (*Am. jour. Surg.*, Mai 1938).
- FULCONIS H. — Sur un mode d'exclusion temporaire de la cavité péritonéale au cours de la césarienne basse. (*Bull. Soc. gyn. et obst.*, Juin 1937).
- FEINER. — Etude analytique de 347 cas consécutifs de césarienne. (*Am. jour. gyn et obst.*, Décembre 1936).
- GRAF. — La césarienne dans les cas infectés et suspects d'infection. (*Zentr. of Gynäk*, Juin 1936).
- GRAY. — La di-tubocurarine dans la section césarienne. (*Brit. méd. jour.* Avril 1947).
- GRÖLL. — De l'influence de l'état d'intégrité ou de rupture des membranes de l'œuf sur les suites de la césarienne basse. (Thèse Lyon 1938-1939).
- GOU. — Contribution à l'étude de la césarienne basse conservatrice. (Thèse Lyon 1947-1948).
- GRASSET. — Pentothal - curare - proto dans la césarienne. (*Sem. Hôp. Paris.* Avril 1950).
- GUSTAFSON. — L'emploi du pentothal pour les césariennes. (*Am. jour. obst. gyn.* Août 1949).
- HANICK. — Pentothal et césarienne. (*Am. pour. gyn. et obst.* vol. 55 n° 5).
- HOËL. — Complications nerveuses de la rachi-anesthésie. (*Bull. gyn. et obst.* n° 3, 1949).
- JEANNIN. — Césarienne tardive. (*gyn. et obst.*, Novembre 1933).
- KELLER. — Observations faites au niveau de la cicatrice utérine après césarienne basse transversale. (*Bull. Soc. gyn. obst.*, Octobre 1938).
- KHAUER. — Etude comparative des suppurations de la paroi abdominale après la césarienne basse faite avec ou sans extériorisation. (Thèse Strasbourg 1948).
- KESSLER. — Hernie de l'œuf à travers une cicatrice transversale de césarienne basse. (*Bull. ass. gyn. et obst.*, n° 1, 1949).
- KELLER et GINGLINGER. — Technique de l'anesthésie dans les césariennes basses. (*Gyn. obst.*, n° 5, 1948).
- LÉON J. — Césarienne segmentaire extra péritonéale par artifice en Argentine. (*Bull. Soc. gyn. et obst.*, Février 1937).
- LE LORIER. — Mon expérience de l'opération césarienne. (*Sem. Hôp. Paris*, Novembre 1938).
- LÉON J. — Césarienne segmentaire itérative tardive. (*Sem. Hôp.*, Juillet 1938).
- LÉON G. — Protection de la cavité abdominale dans les cas impurs. (*Gyn. obst.* n° 6, 1936).
- LEPAGE. — Césarienne basse et sufamidothérapie. (*Gyn. et obst.*, n° 10, 1943).
- LAFILLE. — La pénicilline en gynécologie. (Thèse Paris 1948).
- LE LORIER. — (Thèse Paris 1946).
- LEVY-SOGAL. — Essai de Narcose de la mère sans narcose fœtale par thiobarbiturique en solution retard. (*Bull. Soc. Gyn. obst.*, Juin 1949).
- MUNRONKERR. — Technique de la césarienne du segment inférieur plus particulièrement dans les cas suspects et infectés. (*Prov. Roy. Soc. Méd.*, Octobre 1936).
- MOSSADEGH. — Césarienne extra-péritonéale. (*Gyn. obst.*, 1945-1946).

- MUNNEKEHOFF. — L'opération césarienne dans les cas dits impurs. (*Zbl. Gyn.* Janvier 1943).
- MENARD. — Anesthésie loco régionale dans la césarienne basse. (Thèse Paris 1943-1944).
- MAUROU. — Sur l'emploi de la pénicilline dans les opérations de césarienne en cas d'infection amniotique. (Thèse Paris 1946-1947).
- MAHON. — Infection amniotique et traitement chirurgical conservateur. (*Bull. Soc. gyn. obst.* n° 4, 1949).
- MARMEY. — Césarienne segmento-corporéale. (*Presse Médicale*, Août 1946).
- MICHON. — De l'utilisation systématique d'un lambau péritonéal pour réaliser l'exclusion de la zone opératoire. (*Gyn. et obst.*, Octobre 1932).
- MICHON. — Communication au sujet de la césarienne par artifice. (*Gyn et obst.* Décembre 1934).
- MERGER. — La césarienne tardive, contribution à sa technique opératoire. (*Gyn. et obst.*, Décembre 1934).
- MERGER. — L'anesthésie dans la césarienne. (*Bull. gyn. obst.*, n° 1, 1952).
- MAHON. — Emploi de la streptomycine dans les césariennes infectées. (*Bull. Gyn. obst.*, n° 3, 1950).
- NÓLTING. D. E. L'hypophysine intra-veineuse, complément de la césarienne basse (*Sem. Méd.*, Mars 1938).
- NORTON. — Une technique de césarienne extra-péritonéale paravésicale. (*Am. jour. obst. gyn.*, Avril 1946).
- NOGUES. — Action de la sulfamidothérapie sur l'infection amniotique. (Thèse Paris 1944-1945).
- PHANEUF. — Césarienne, Indications et Techniques. (*Am. Jour. Surg.* Février 1937).
- PIGEAUD et TRILLAT. — Hémorragie grave par inertie deux heures après une césarienne basse. (*Bull. Soc. gyn. et obst.* Mai 1938).
- PORTES. — Pénicilline en obstétrique. (*Presse Méd.*, Décembre 1946).
- PEROLDA-RAMOS. — L'opération césarienne extra-péritonéale par artifice. (*Gyn. obst.*, Juin 1936).
- PALLIER. — Pronostic maternel et fœtal des césariennes opérées sous rachianesthésie (*Bull. Gyn. Obst.*, n° 3, 1949).
- PECKER. — Pénicilline et grossesse. (*Soc. Fr. Gyn.*, Février 1947).
- PORTES et MAYER. — De la pénicilline au cours de l'infection de nature obstétricale. (Congrès de la pénicilline, Paris 1946).
- PORTES et MAYER. — Note sur l'emploi de la pénicilline dans les césariennes au cours d'infections amniotiques. (*Soc. gyn.*, Paris 6 Mai 1946).
- PORTES et MAYER. — Résultats maternels et infantiles sur une série de 304 cas d'opérations césariennes traités par pénicilliothérapie. (*Gyn. et obst.*, n° 1, 1950).
- REVERSAT. — Césarienne segmentaire d'après la technique de Michon. (Thèse Lyon 1937).
- ROSSENBECK. — Efficacité de la césarienne de Dœffler dans les cas impurs. (*Arch. Gyn.*, Août 1942).
- ROUCHY. — Opération césarienne et pénicilline. (*Rev. Fr. gyn. obst.*, Février 1949).
- RASTIT. — Trois observations de césarienne basse sous épidurale. (*Gyn et obst.* n° 12, 1943).
- RUDICH. — Technique de la césarienne segmentaire transversale. (*Gyn. et obst.*, n° 4, 1948).
- REINHART. — Considérations sur l'anesthésie pour la césarienne — *Anesthésie, Analgésie*. (Novembre 1950).

- ROCHET. — Difficulté opératoire au cours d'une hystérotomie pour fibrome proevia - Rachi-anesthésie, shock mortel.
- SCHUMANN. — Facteurs de mortalité de la césarienne. (*Am. jour. obst. gyn.*, Février 1939).
- SACKS. — Césarienne basse en milieu suspect, technique, étude critique. (Thèse Paris 1949).
- SCHEKELE. — (Congrès gyn. obst. 1921).
- SEGAL. — De l'influence de la pénicillothérapie dans le pronostic de l'opération césarienne. (Thèse Paris 1949).
- STELL J. — Césarienne dans les cas suspects avec sulfothiosol. (*Am. jour. gyn. obst.*, Novembre 1947).
- TRILLAT et MAGNIN. — Etude statistique de 51 césariennes itératives. (*Bull. Soc. gyn. et obst.*, Décembre 1937).
- TRILLAT. — Hémorragie secondaire tardive après césarienne basse. (*Bull. Soc. gyn. obst.*, n° 3, 1947).
- TRILLAT. — Technique actuelle de la césarienne dans les cas impurs à la clinique obstétricale de Lyon. (*Rev. Fr. gyn. obst.*, Juin 1948).
- UHMA. — La technique de la section césarienne du segment inférieur. (*Jour. obst. o. gyn. Brit. emp.*, Février 1942).
- VAYSSIÈRE. — L'opération césarienne supra symphysaire. (*Bull. soc. obst. et gyn.*, Février 1937).
- VORON et BROCHIER. — Réflexions sur 130 observations de césariennes basses conservatrices. (*Bull. Soc. gyn. obst.*, Novembre 1937).

SERMENT d'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le secret de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

